





L' HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE

2ème Groupe 2016-2017

Dr.AZLI
Service de chirurgie urologique.
Hôpital Central de l'armée

INTERETS

- Pathologie courante en Urologie.
  - Motif de consultation très fréquent.
  - Principale cause d'obstruction urinaire basse chez l'homme.

-Se dévoile par des signes urinaires.
  - le diagnostic repose sur le toucher rectal.
  - Pas de parallélisme anatomo-clinique.

- Deux volets thérapeutiques :
  1-traitement médical : confort mictionnel.
  2-traitement chirurgical :

  - traitement curateur de l'adénome.
  - intérêt de la résection endoscopique dans les adénomes de la prostate de petit volume.

-Ne se cancérise jamais.

DEFINITION :

-**TUMEUR BENIGNE QUI SE DEVELOPPE AU DEPEND DE LA PARTIE CRANIALE DE LA PROSTATE , CHEZ LES SUJETS AGES A PARTIR DE 50ANS**

EPIDEMILOGIE :

Fréquence: +++

50% des sujets âgés de 50 ans : symptomatique++

Moitie restante : HBP infra clinique

Age :

Age moyen ≈ 60 et 65 Ans.

Augmentation avec l' âge pour atteindre 90% chez un homme de 80Ans.

Race :

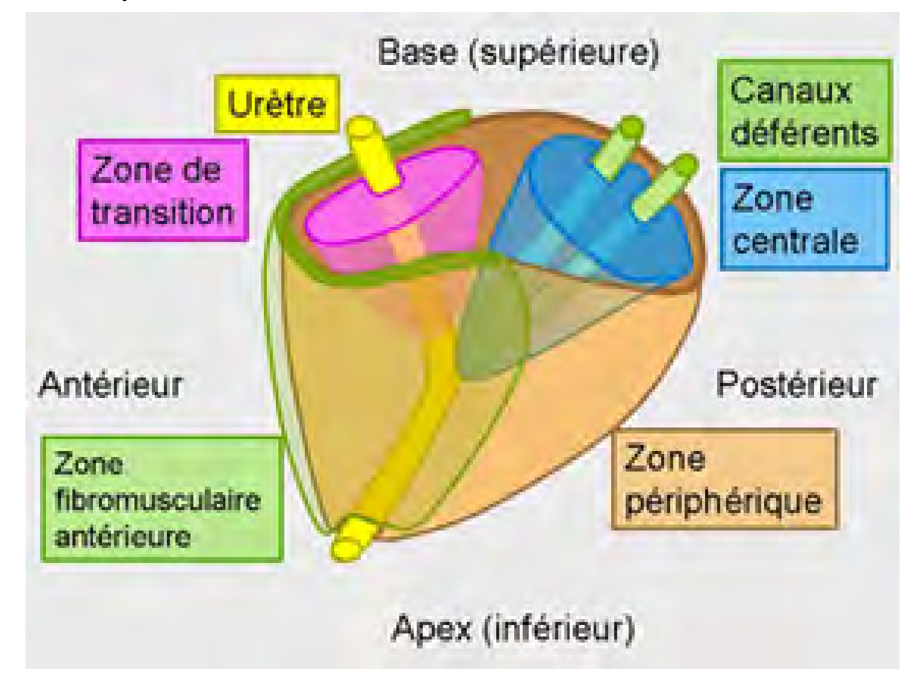
la prévalence diminue chez la race asiatique

ANATOMIE

- La prostate est une glande masculine, génitale, glandulaire et fibro-musculaire.

1 / ANATOMIE ZONALE : (anatomie interne)

- **Description de : MAC – NEAL**
- **On distingue 04 zones :**
  - **Zone antérieure.**
  - **Zone Centrale.**
  - **Zone Périphérique.**
  - **Zone de transition.**



Vessie
Uretère
Ampoule déférentielle
Canal déférent
Prostate
Vésicule séminale
Branche ischiopubienne
Glandes bulbo-urétrales

Vésicules séminales
Vessie
Prostate
Capsule
Veru montanum
Conduit éjaculateur
Sphincter

Vessie
Os pubien
8
9
Vésicule séminale
Canal éjaculateur
PROSTATE
Glande de Cowper
Anus
3
4
15
16
5
6
Testicule
7
18

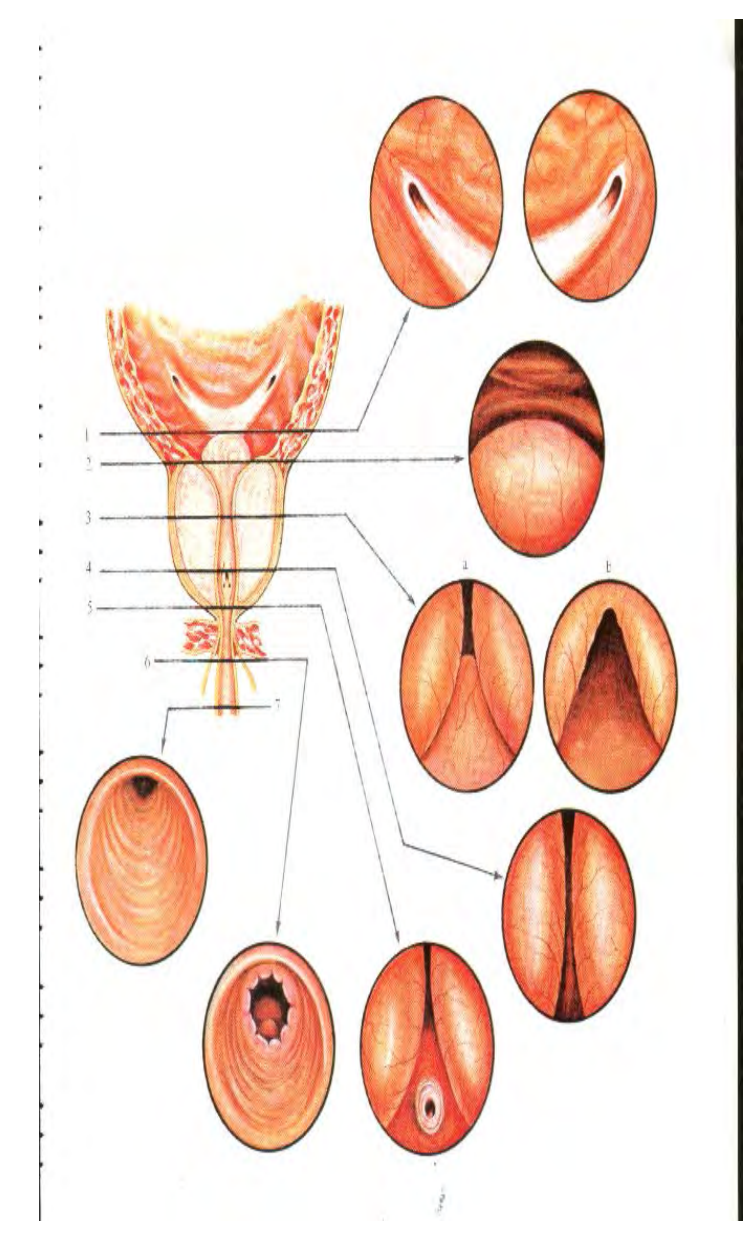
EN CAS HBP

On aura une obstruction.

- Obstruction II aire :
  - origine statique.
  - origine dynamique.

Cette gêne entraîne une modification de la miction :

- Dysurie.
- Diminution du jet urinaire.
- Pollakiurie.
- Rétention vésicale aigue.
- Rétention vésicale chronique.
- Insuffisance rénale.



A)- RETENTISSEMENT SUR LA DYNAMIQUE MICTIONNELLE :

- **Modifie l'aspect du col vésical en perturbant son ouverture .**
- **Perturbe l'infundibuliforme.**
- **L'augmentation des forces urétrales entraîne une diminution du jet urinaire .**

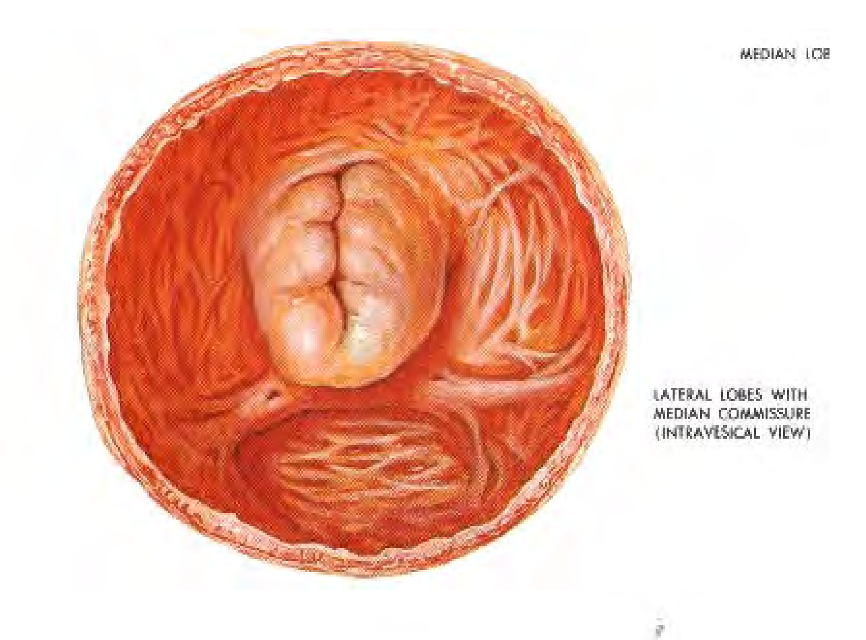


Fig. 2 - HPB. vessie de lutte

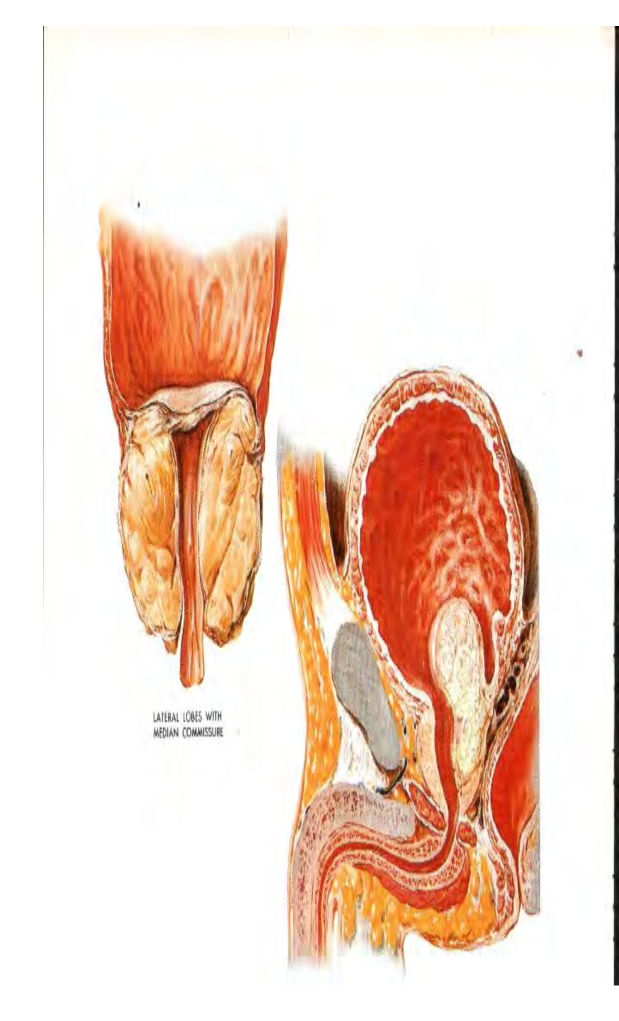
B)-RETENTISSEMENT SUR LA VESSIE

1) **Vessie de lutte** :

a)- le détrusor augmente sa musculature : hypertrophie.

b)- la paroi vésical : s'épaissit
> apparition de colonnes
> apparition de diverticules

c)- A ce stade :
Des troubles mictionnels à type de pollakiurie.



2) Décompensation vésicale :

* vessie s'épuise.
*le résidu se majore ; tandis que le jet diminue, le RPM >300 cc.
*La pollakiurie s'aggrave.
*la vessie se vide incomplètement.
*le patient apprend à compenser ce déficit en poussant →

COMPLICATIONS: hernie inguinale , prolapsus rectal, et Hémorroïdes.

*apparition d'une poche acontractile , des mictions par regorgement .

c)-RETENTISSEMENT SUR LE HAUT APPAREIL :

1)-En phase de lutte :

-HBP engaine et comprime les bas uretères
-Apparition de reflux vésico-urétérale par la haute pression
-Obstruction + reflux =
distension du haut appareil urinaire.

2)- Phase de décompensation :

-La distension vésicale
- Stase urinaire (des infections +lithiases)
- Reflux + Infection **= insuffisances rénale**.

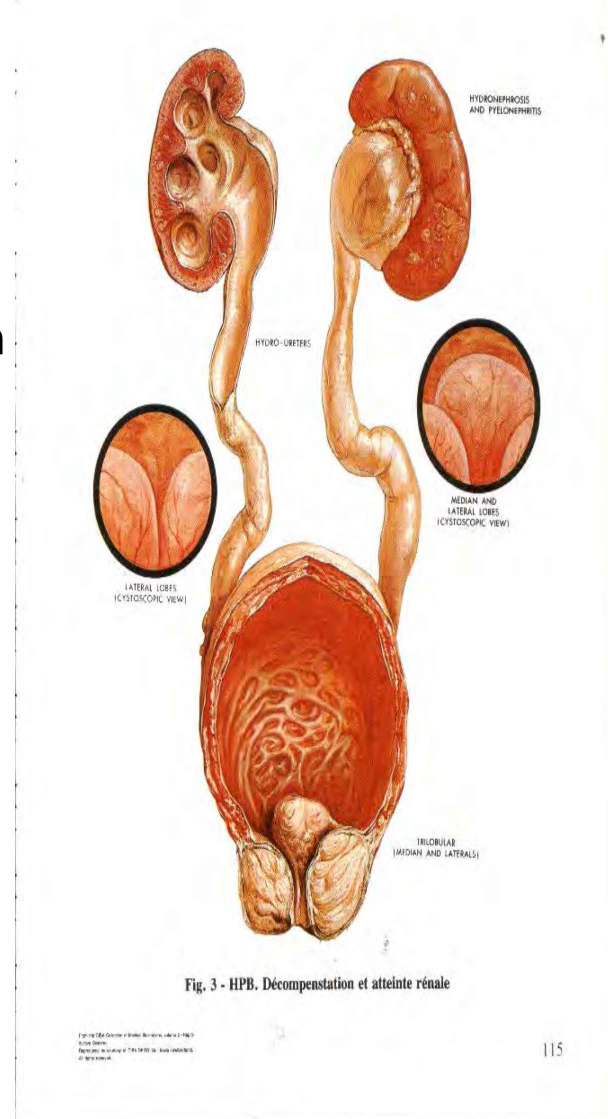


Fig. 3 - HPB. Décompensation et atteinte rénale

DIAGNOSTIC POSITIF :

Le diagnostic est évoqué chez un homme de la 60 aine : Interrogatoire avec score d'IPSS*

1)- Des troubles mictionnels : ****

-Évoluant par poussées, rémission +++
-Comportant : * Pollakiurie diurne et nocturne + + + , urgenturie, nycturie

*** Dysurie : Retard au démarrage, dysurie, jet faible, interruption de la miction jet haché, miction par poussée .Un allongement du tps de miction.**

2)- Des complications :

- **Rétention vésicale aigue + + +**
- **Mictions par regorgement.**
- **Accident infectieux : adénomite, cystite , orchi-épididymite.**
- **Insuffisance rénale.**
- **Hématurie : doit être un diagnostic d'élimination**

3)- Parfois par le TR pratiqué à l'occasion :

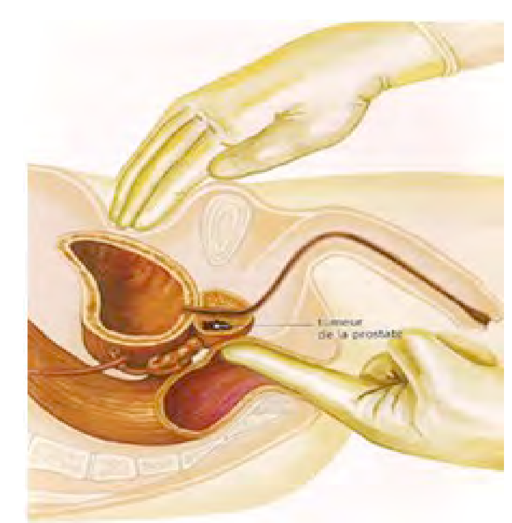
- Cancer rectal.
- Examen systématique + + +

EAMEN CLINIQUE:

- l'étude de la miction
- La recherche d'un globe vésical : + + +
- Le palper des fosses lombaires + +
- Examen des bourses et du cordon +
- Le TR : + + + : Pratiqué après évacuation vésical, combinée au palper hypogastrique.
- On perçois une hypertrophie :
  - Lisse et régulière.
  - Élastique (balle de tennis) et homogène.
  - Bien limité.
  - Indolore.
  - Effaçant le sillon médian.

6)– Examen général :

- Antécédents du patient :
  - cardio – vasculaire,
  - pleuropulmonaire, …
- État de la paroi abdominale + Orifices herniaires

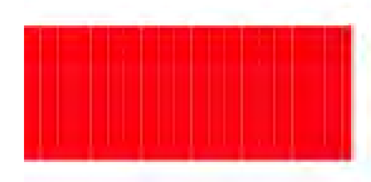


Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)

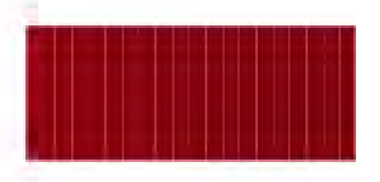
Phase de remplissage	Phase mictionnelle	Phase post-mictionnelle
Pollakiurie diurne et nocturne, urgenturie, nycturie	**Retard au démarrage, dysurie, jet faible, interruption de la miction jet haché, miction par poussée**	**Gouttes retardataires, sensation de vidange vésicale incomplète**

Recommandations:
Le diagnostic clinique de l'HBP repose sur :
L'interrogatoire :
- **-Dépistage et évolution des SBAU.**
- **-Score IPSS,**
- **-Dépistage d'une dysfonction sexuelle associée.**

L'examen physique : Toucher rectal.



Score IPSS : évaluation globale des symptômes



Symptômes urinaires	Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours
1. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?	0	1	2	3	4	5
2. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de 2 heures après avoir fini ?	0	1	2	3	4	5
3. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est-à-dire démarrage du jet, puis arrêt, puis redémarrage ?	0	1	2	3	4	5
4. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retenir votre envie d'uriner ?	0	1	2	3	4	5
5. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet ?	0	1	2	3	4	5
6. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5
7. Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher et celui de votre lever définitif du matin) ?	0	1	2	3	4	5
Score total pour les symptômes urinaires :						
Qualité de vie liée aux symptômes urinaires	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Partagé (ni satisfait ni ennuyé)	Ennuyé	Très ennuyé
8. Si vous deviez vivre le restant de votre vie de cette manière, diriez-vous que vous en seriez ?	0	1	2	3	4	5
Score total pour la qualité de vie :						
TOTAL :						

ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate - Mars 2003.

Examens complémentaires

A- Taux de PSA

Le dosage du taux de PSA permet essentiellement de suspecter un cancer de la prostate associé à l'HBP.
Le PSA est un marqueur spécifique de la glande de la prostate mais certainement pas du cancer de la prostate. Il est donc possible d'observer une augmentation du PSA au-delà de 4 ng/mL en cas d'HBP associée.

*Les autres facteurs favorisant l'augmentation du taux de PSA sont multiples : **l'infection (prostatite), les biopsies prostatiques, tout les manaoeuvres endoscopiques en urologie et rectal, l'éjaculation, l'âge, la race, le TR.**

B - ECBU

L'ECBU permet d'éliminer une infection urinaire responsable de SBAU identiques à ceux de l'HBP.

C- Créatinine

Le dosage de la créatinine permet d'évaluer le haut appareil urinaire et de dépister une insuffisance rénale chronique

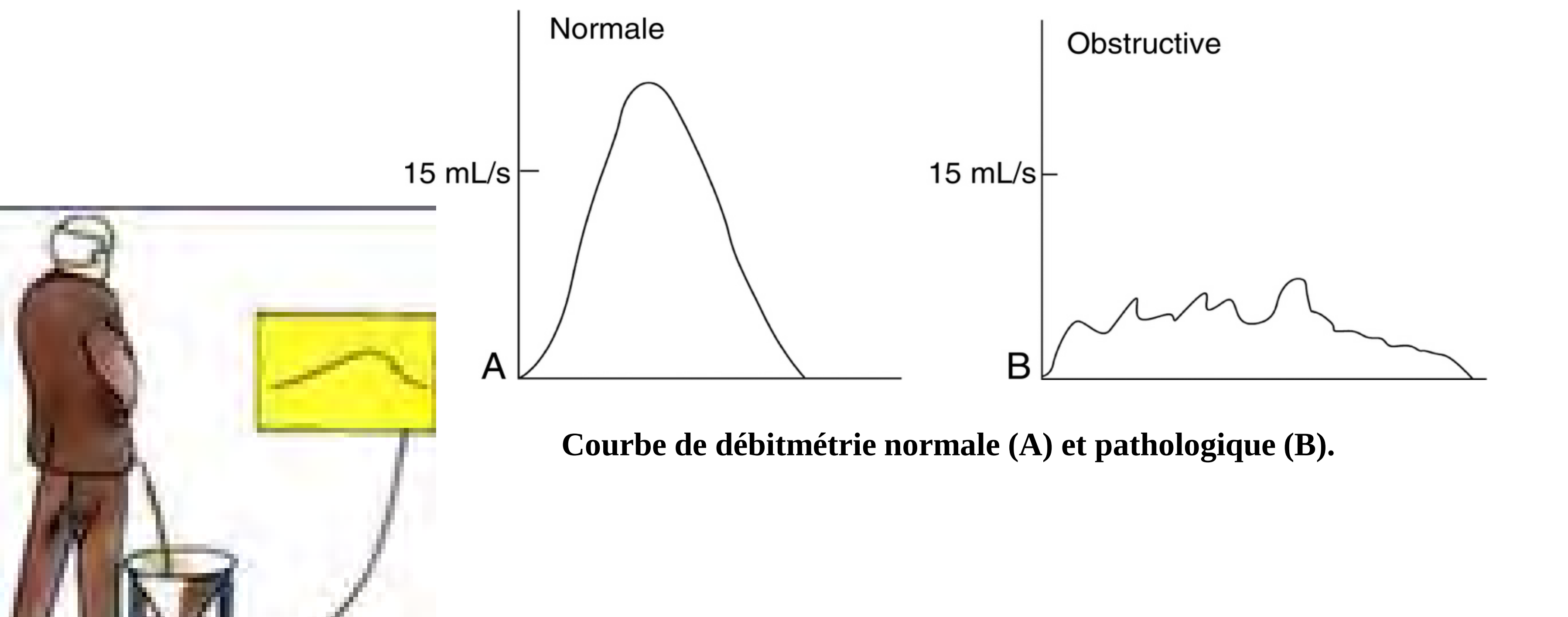




D - Débitmétrie

La débitmétrie permet d'objectiver et quantifier la dysurie. Pour pouvoir interpréter une débitmétrie, un volume uriné supérieur à 150 mL est nécessaire. Les paramètres étudiés au cours de la débitmétrie sont : **le volume uriné, le débit maximal, le débit moyen, et le temps mictionnel.**

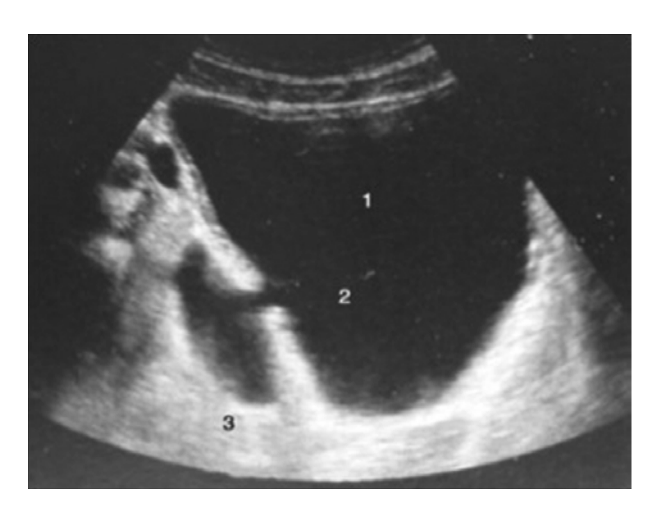
Une courbe normale présente une forme en cloche avec un débit maximal entre 20 et 30 mL/s alors qu'une courbe aplatie est caractéristique de l'obstruction liée à l'HBP (fig. 4). La dysurie est considérée comme importante pour un débit maximal **inférieur à 10 mL/s.**



Courbe de débitmétrie normale (A) et pathologique (B).

E - Échographie réno-vésico-prostatique

L'échographie rénale évalue le retentissement sur le haut appareil urinaire.
Elle recherche :
une dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles
un amincissement du parenchyme rénal et une dé-différenciation cortico-médullaire.
L'échographie vésicale évalue le retentissement sur le bas appareil urinaire.Elle recherche une Hypertrophie détrusorienne
Des diverticules vésicaux
Une lithiase vésicale et un résidu post-mictionnel significatif .
L'échographie prostatique est réalisée par voie transrectale. Elle permet d'évaluer
le volume prostatique et de rechercher un lobe médian.



Echographie vésicale avec diverticule

F - Autres examens complémentaires

D'autres examens complémentaires peuvent être réalisés dans certaines indications particulières.

Une fibroscopie vésicale est systématiquement réalisée si le patient présente des antécédents d'hématurie afin d'éliminer une tumeur v

Un bilan urodynamique est indiqué en cas de doute diagnostique.

Une UCRM peut être demandée à la recherche d'une sténose urétrale.

Recommandations

Les examens complémentaires de première intention à demander pour le bilan d'une HBP sont :

PSA ;

Créatinine;

ECBU ;

Débitmétrie;

ÉchographieRéno-Vésico-Prostatique.

Diagnostic differentiel

Les SBAU sont des symptômes aspécifiques et peuvent être également présents au cours de nombreuses pathologies urologiques :

vessie neurologique
Tumeurs de la vessie caractérisées par la présence d'une hématurie.
Sténose de l'urètre d'origine infectieuse ou traumatique (AVP ± fracture du bassin, sondage traumatique) .
Maladie du col vésical ;
Infections comme la prostatite chronique.
Calculs urinaires ;

Devant toute **hématurie** macroscopique, ou en cas de symptômes prédominants d'hyperactivité de vessie, **il faut éliminer une tumeur de la vessie** par la réalisation d'une fibroscopie vésicale.

EVOLUTION - COMPLICATIONS :

L'évolution naturelle de l' HBP n'est pas réellement connue.

L'évolution clinique du patient donné est imprévisible.

V- Complications aigues

A - Rétention aiguë d'urine (RAU)

Il existe un globe vésical aigu douloureux, d'apparition brutale, caractérisé par une envie impérieuse d'uriner.

Le traitement est le drainage vésical des urines en urgence par la mise en place d'une sonde vésicale ou d'un cathéter sus-pubien .

B - Infections

L'HBP favorise la survenue d'infections urogénitales telles que la prostatite et l'orchi-épididymite.

C - Hématurie

Il s'agit habituellement d'une hématurie macroscopique initiale (liée à la rupture de petites varices prostatiques). L'HBP ne peut être rendue responsable d'une hématurie qu'après avoir éliminé les autres étiologies d'hématurie macroscopique (tumeur du rein ou de la vessie, calculs urinaires, infections,…).

D - Insuffisance rénale aiguë obstructive

En présence d'une insuffisance rénale aiguë, il faut éliminer une rétention aiguë d'urine favorisée par l'HBP.

EVOLUTION - COMPLICATIONS :

VI- Complications chroniques

A - Rétention vésicale chronique

Il existe un globe vésical chronique qui est le plus souvent indolore, sans besoin d'uriner exprimé par le patient, responsable de mictions
ou d'incontinence urinaire par regorgement (« trop plein d'urine »).

B - Lithiase vésicale de stase

La stase chronique des urines dans la vessie peut entraîner la constitution de calculs vésicaux responsables d'épisodes d'hématurie ou d'infections urinaires à répétition. L'ASP et l'échographie retrouvent des images calciques intravésicales de taille variable La lithiase vésicale est toujours le symptôme d'une difficulté de vidange de la vessie (lithiase d'organe) par opposition aux lithiases rénales qui sont le plus souvent témoin d'un désordre métabolique (lithiases d'organisme).

C - Insuffisance rénale chronique obstructive

La dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles est chronique et indolore. L'urétérohydronéphrose est responsable d'un amincissement du parenchyme rénal et d'une insuffisance rénale chronique obstructive.

THERAPEUTIQUE :

1)– Buts du traitement :

a)- Abstention surveillance.

b)Traitement médical :

- Il n'existe pas de traitement curateur.
- C'est un raitement de confort mictionnel.

c)- Traitement Chirurgical :

- Supprime l'obstacle prostatique.
- Rétablie le flux urinaire normal.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Se base sur :

1) Sévérité de la symptomatologie obstructive :

Appréciée par :

- La débitmètrie et la qualité de vie.
- Score IPSS.

2) Existence de complication :

RPM > 200 cc.

Complications infectieuses.

Complications mécaniques.

3) Impact de cette maladie sur le malade.

4) Tenir compte du patient :

Environnement social et professionnel.

2) – Méthodes - Moyens :

A- Abstention surveillance

Recommandations AFU 2012/EAU 2015

Les indications de l'abstention/surveillance sont :

HBP non compliquée ;

SBAU minimes/modérés sans altération de la qualité de vie(IPSS ≤7)

B- Traitement medical

* α Bloquants :
Relâche ou inhibe l'hypertonie prostatique et urétrale .

* Phytothérapie : Décongestionnant pelvien :

- Extraits de plantes.
Agit contre les symptômes irritatifs.

* Autre TRT: inhibiteur de la 5 α réductase
Diminue le volume prostatique

Classe thérapeutique	Avantages	Inconvénients
Alphabloquants	Délai d'action rapide	Risque d'hypotension
I5AR	Diminution du volume prostatique	Effets secondaires sexuels Délai d'action 3 à 6 mois
Phytothérapie	Tolérance excellente	Efficacité controversée
Anticholinergiques	Efficace sur les troubles irritatifs	Risque de majoration de la dysurie Constipation Sécheresse buccale

Traitement chirurgical

	Incision cervico-prostatique (ICP)	Résection transurétrale de prostate (RTUP)	Adénomectomie voie haute (AVH)
Indication	Prostate < 30 g	Prostate < 80 g	Prostate > 80 g
Voie d'abord	Endoscopie	Endoscopie	Laparotomie
Technique	Incision du col vésical et de l'adénome prostatique (fig 6A)	Résection en copeaux de l'adénome prostatique (fig 6B)	Énucléation de l'adénome prostatique (fig 6C)
Complications aiguës	Hématurie, RAU Infection urinaire	Hématurie, RAU Infection urinaire TURP syndrome (hyponatrémie)	Hématurie, RAU Infection urinaire Hématome, abcès de paroi
Complications chroniques	Éjaculation rétrograde Sténose du col vésical/urètre	Éjaculation rétrograde Sténose du col vésical/urètre	Éjaculation rétrograde Sténose du col vésical/urètre

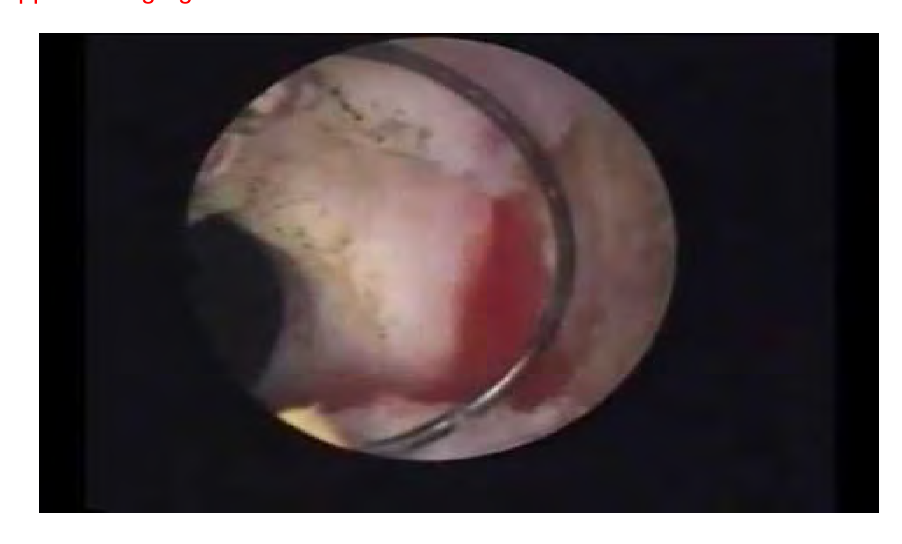
Autre alternative chirurgicale

La photovaporisation de l'HBP à l'aide d'un laser Greenlight®

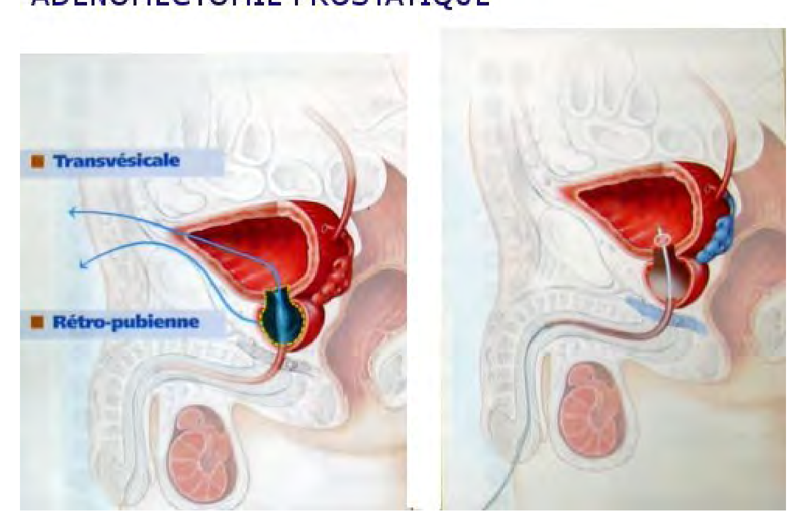
La résection laser (HOLEP) qui sont en cours d'évaluation (avantages : pas de TURP syndrome et faisabilité sans arrêt des anticoagulants).

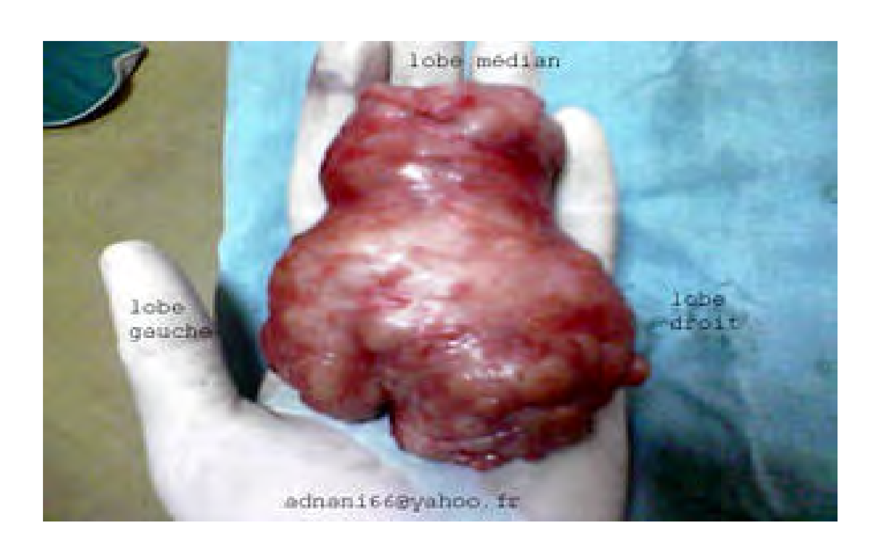
La radiofréquence (Prostiva®) dont l'efficacité est entre les traitements médicaux et les traitements chirurgicaux ablatifs. L'avantage principal est l'absence d'éjaculation rétrograde, l'inconvénient la nécessité de refaire souvent un traitement (tous les 3 à 5 ans).





ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE





Traitement chirurgical

Recommandations

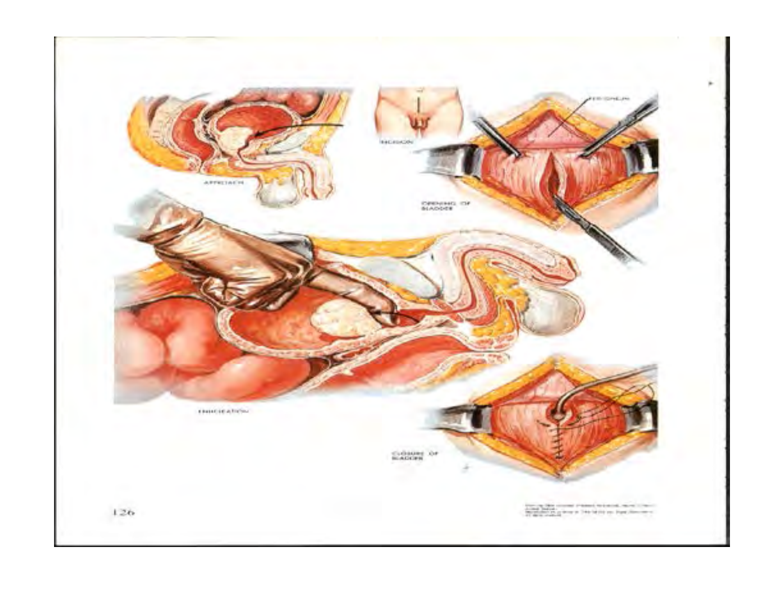
Les indications du traitement médical sont :
HBP non compliquée et SBAU modérés/sévères avec altération de la qualité de vie (IPSS 8-19)

a) Chirurgie à ciel ouvert :

Adénome > 70 g

Si :

- Diverticule associé.
- Gros calcul > à 3 cm.
- Ankylose de la hanche.



b) Chirurgie endoscopique :

- Adénome modéré < 70 g
- Adénome au dépend du lobe médian.
- Tumeur de vessie associée.
- Obésité.
- Habitude du chirurgien.

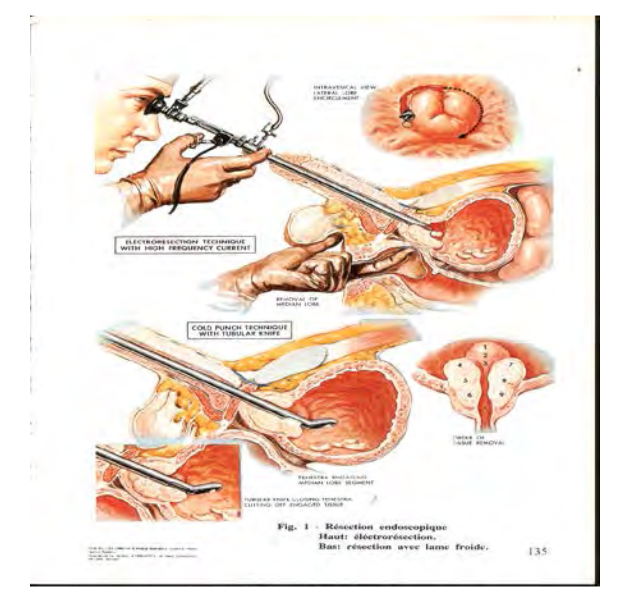


Fig. 1 - Résection endoscopique
Haut: électrorésection.
Bas: résection avec lame froide.

D - Traitement palliatif

Les patients présentant une contre-indication opératoire peuvent être traités soit par la pose d'une sonde vésicale ou d'un cathéter sus- pubien à demeure, soit par une endoprothèse urétrale, soit par les auto-sondages.

SBAU avec indication chirurgicale

Risque opératoire

Faible

Elevé

Volume prostatique

– Stent urétral
– Sonde à demeure

Anticoagulant

< 30 g

< 80 g

> 80 g

Incision cervico-prostatique

Résection transurétrale de prostate

Adénomectomie voie haute

Photovaporisation laser

X- Surveillance

Recommandations
Le suivi d'un patient présentant une HBP se fait à l'aide de :
L'interrogatoire avec score IPSS ;
La débitmétrie ;
La mesure du résidu post-mictionnel .

Le dépistage du cancer de la prostate par le TR et un PSA annuel est recommandé chez les patients de 50 à 75 ans ou à partir de 45 ans en cas de facteurs de risque (origine afro-antillaise, antécédents familiaux).

CONCLUSION :

- Touche un grand nombre d'homme de plus de 50 ans
- Véritable problème de santé public
- Recherche, connaissance de la genèse de l'hypertrophie bénigne de la prostate.
- Pronostic transformé par le traitement médical (retardé , éviter la CHR)
- l'avènement de la chirurgie endoscopique a permis une diminution de la morbidité et la mortalité.